

MALADIES ANAPHYLACTIQUES EN EGYPTÉ



THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 4 Juillet 1938

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

M^{lle} Andrée MARION

née à Dijon le 7 février 1906

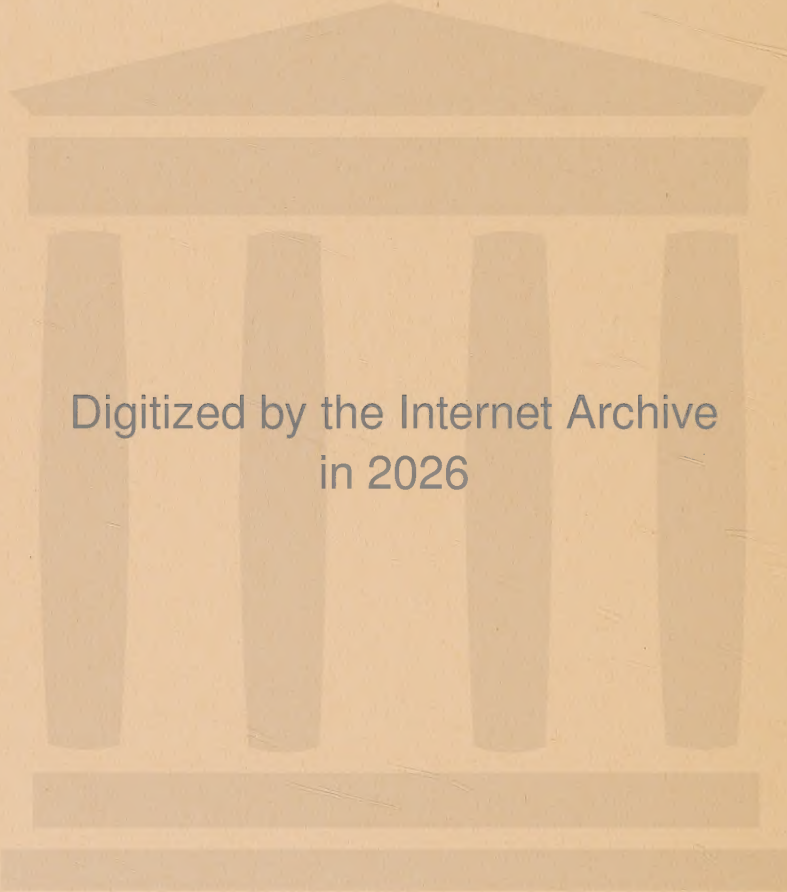
Examineurs de la Thèse :	{	MM. DE LAVERGNE professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Juges.</i>
		PERRIN, professeur,		
		ABEL, agrégé,		
		KISSEL, agrégé,		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties
de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE GRANDVILLE
10, RUE DE MALZÉVILLE

—
1938

**MALADIES ANAPHYLACTIQUES
EN EGYPTÉ**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547401_0007

MALADIES ANAPHYLACTIQUES EN EGYPTÉ



THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 4 Juillet 1938

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

M^{lle} Andrée MARION

née à Dijon le 7 février 1906

Examineurs de la Thèse : { MM. DE LAVERGNE professeur, *Président*.
PERRIN, professeur, }
ABEL, agrégé, } *Juges*.
KISSEL, agrégé, }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties
de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE GRANDVILLE
10, RUE DE MALZÉVILLE

—
1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, C. ✱, I ✱

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, ✱, I ✱

WEISS, O ✱, I ✱ ; BOUIN, O ✱, I ✱ ; ANCEL, ✱, I ✱ ;
GARNIER, ✱, I ✱ ; MACÉ, ✱, I ✱ ; P. PARISOT, O ✱, I ✱ ;
DUFOUR, ✱, I ✱ ; HOCHÉ, O ✱, I ✱ ;
FROELICH, ✱, I ✱ ; LAMBERT, ✱, I ✱.

Professeurs :

Clinique des malad. syphilit et cutanées.
Clinique obstétricale et d'accouchements.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.
Clinique de chirurgie urinaire
Histologie
Anatomie descriptive
Clinique médicale
Chimie médicale
Clinique médicale
Hygiène et médecine préventive
Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Physiologie
Clinique des maladies des enfants
Bactériologie et parasitologie médicale..
Thérapeutique
Clinique gynécologique
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Hydrologie

M. L. SPILLMANN, C. ✱, I ✱.
M. A. FRUHHINSHOLZ, O. ✱, I ✱.
M. P. JACQUES, ✱, I ✱.
M. P. ANDRÉ, O. ✱, I ✱.
M. R. COLLIN, ✱, I ✱.
M. M. LUCIEN, O. ✱, I ✱.
M. L. RICHON, ✱, I ✱.
M. H. ROBERT, ✱, I ✱.
M. M. PERRIN, ✱, I ✱.
M. J. PARISOT, C ✱, I ✱.
M. HAMANT, ✱, I ✱.
M. P. JEANDELIZE, ✱, A ✱.
M. SANTENOISE, ✱, I ✱, A ✱.
M. L. CAUSSADE, ✱, I ✱.
M. DE LAVERGNE, ✱, I ✱.
M. SIMONIN, I ✱.
M. BINET, ✱, I ✱.
M. BARTHELEMY, ✱, I ✱.
M. WATRIN, ✱, I ✱.
M. L. MERKLEN, I ✱, professeur.

M. JOB, ✱, I ✱, professeur sans chaire.

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses
Pathologie générale
Clinique gynécologique
Thérapeutique chirurg. et tech. opérat.
Clinique des maladies contagieuses
Clinique des vieillards
Propédeutique dermatologique
Pathologie externe
Electrothérapie et radiologie
Accouchements (Cours théorique)
Obstétrique
Clinique et propédeutique chirurgicale...
Clinique propédeutique médicale
Anatomie et médecine légale
Pathologie interne
Clinique des maladies mentales
Education physique (1)
Clinique neurologique (1)
Propédeutique O.-R. L. (1)
Parasitologie

M. ABEL, ✱, I ✱, agrégé.
M. P. SIMONIN, I ✱, prof.
M. DROUET, I ✱, agrégé.
M. A. BINET, ✱, I ✱, professeur.
M. GUILLEMIN, I ✱, agrégé.
M. DE LAVERGNE, ✱, I ✱, profes.
M. DROUET, I ✱, agrégé.
M. WATRIN, ✱, I ✱, professeur.
M. M. BARTHELEMY, ✱, I ✱, prof.
M. G. LAMY, ✱, I ✱, ch. du c., ag. lib.
M. JOB, ✱, I ✱, profess. sans chaire.
M. VERMELIN, ✱, I ✱, agrégé.
M. CHALNOT, agrégé.
M. KISSEL, agrégé.
M. MUTEL, ✱, I ✱, agrégé.
M. ABEL, ✱, I ✱, agrégé.
M. HAMEL, ✱, docteur.
M. L. MERKLEN, I ✱, professeur.
M. MICHON, docteur.
M. AUBRIOT, ✱, docteur.
M. DOMBRAY, ✱, docteur.

Agrégés en exercice :

M. FLORENTIN, A. ✱.
M. BODART.
M. CHALNOT.
M. WOLFF, A. ✱.
M. MELNOTTE, O ✱.
M. MUTUEL, ✱, I ✱.



M. VERMELIN, ✱, A. ✱.
M. GUILLEMIN, A. ✱.
M. ABEL, ✱, A. ✱.
M. DROUET, A. ✱.
M. KISSEL.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, ✱, I ✱ ; S. REMY, I ✱ ; BUSQUET, I ✱ ;
LAMY, ✱, I ✱.

M. E. TRIBOLET, I ✱, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES PARENTS

A MES ANCIENS PROFESSEURS

A MES AMIS

AUX MIENS

A MES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A CEUX QUI M'ONT FACILITÉ CE TRAVAIL

AUX MÉDECINS D'EGYPTE

AU DOCTEUR MONNEROT-DUMAINE

*à la bienveillance et à l'activité de qui
je dois d'avoir pu commencer cette
étude.*

AU PROFESSEUR RIEUX

AU PROFESSEUR DE LAVERGNE

*qui a eu la très grande bienveillance
de recevoir cette thèse commencée en
Egypte et m'a fait le grand honneur
d'en accepter la présidence.*

A MES JUGES

M. PERRIN

M. ABEL

M. KISSEL

*Qu'ils trouvent ici l'expression de ma
bien vive reconnaissance.*

INTRODUCTION

Au cours d'un voyage en Egypte, nous nous sommes intéressé aux affections qui peuvent être rencontrées dans ce pays. Avec l'encouragement et sous la direction active et bienveillante du Docteur Monnerot-Dumaine (d'Ismailia), nous avons étudié plus particulièrement les maladies dites anaphylactiques, c'est-à-dire le groupe de l'asthme, urticaire, coryza spasmodique et des différents équivalents de l'asthme, dont la fréquence en Egypte et le polymorphisme ont frappé certains médecins de ce pays.

De cette étude nous rendons compte dans ce travail.

Les affections que nous venons de citer sont groupées tantôt sous le nom de maladies allergiques, tantôt sous celui de maladies anaphylactiques.

Le premier terme rappelle immédiatement la définition primitive de Von Pirquet : « toute modification par un virus, soit que l'individu devienne plus sensible dans le cas d'anaphylaxie, soit qu'il réagisse d'une manière atténuée dans le cas d'immunité ». Ainsi, dès l'origine, l'allergie s'étend sur un domaine plus grand que celui auquel nous voulons nous limiter, puisqu'il comprend l'immunité ; l'usage actuel lui a donné un sens plus vaste encore, et l'allergie devient synonyme d'intolérance.

L'anaphylaxie a été définie par Richet : « la sensibilité que confère vis-à-vis d'une substance déterminée l'absorption préalable d'une quantité inoffensive de cette substance ». Elle nous limite aux cas de réactions paroxystiques à la présence réitérée d'un agent externe.

Le terme de sensibilisation aurait bien eu sur celui-ci l'important avantage de ne point présumer de la nature de l'agent sensibilisant, mais comme lui et plus que lui, l'inconvénient de trop attirer l'attention sur le premier contact avec l'antigène, d'en demander une connaissance plus rapide et plus nette, et enfin

celui d'être moins couramment employé que le mot d'anaphylaxie.

Au reste, celui-ci ne comporte plus la même rigidité qu'autrefois ; on sait trop le rôle des quantités infinitésimales de l'antigène, la difficulté des recherches de l'atteinte première et de la nature exacte de l'agent sensibilisant, problème qui n'est pas toujours résolu, même après traitement et guérison.

Nous avons essayé de savoir à quel moment chacune des affections avait pris place dans le groupement. Voici les renseignements que nous avons pu recueillir.

L'anaphylaxie est définie par Richet et Portier en 1902. Dans une communication à l'Académie des Sciences du 27 janvier 1902, Richet avait décrit « les effets physiologiques du contenu des cellules urticantes de certains coelentérés ». Le liquide obtenu par broyage, ne produisait point chez le chien de douleur au point de l'injection sous-cutanée, mais l'anesthésie puis le coma, et à dose plus élevée, la mort survenait rapidement pendant le sommeil. Ce liquide avait été appelé hypnotoxine.

Dans les jours qui suivirent, Richet faisait une nouvelle communication, cette fois à la Société de Biologie, sur les propriétés « anaphylactiques » de l'hypnotoxine.

En injectant à un chien une dose à laquelle il ne succombera pas, trois semaines après il est revenu à la santé parfaite ; il suffira alors d'injecter une dose de virus moindre que la précédente pour le tuer rapidement. Cette substance possède donc des propriétés inverses de l'accoutumance, des propriétés « anaphylactiques » (1).

L'anaphylaxie alimentaire a été une des premières étudiées. Les premiers travaux rapportent des observations d'anaphylaxie expérimentale.

En février 1913, Lesné et Ch. Richet fils rendent compte de leurs observations depuis 1908.

Ils décrivent l'anaphylaxie aux œufs et au lait surtout chez les enfants, signalent la possibilité d'une prédisposition héréditaire, et l'existence de deux sortes d'accidents. Les « petits accidents » peuvent être : 1° cutanés : urticaire, prurigo, œdème facial partiel ; 2° migraineux ; 3° digestifs. Les grands accidents sont des douleurs abdominales généralisées intenses, diarrhée persistante quelquefois sanguinolente (parfois constipation), le pouls petit et fréquent hypotendu, avec possibilité de dyspnée asthmatiforme et très souvent existence d'une éruption urticarienne (2).

(1) Académie des Sciences, 27 janv. 1902. Effets physiologiques du contenu des cellules urticantes de certains coelentères. Résumé in *Pr. Médicale*, 29 janv. 1902.

Société de Biologie, 1902. Richet : Sur les propriétés anaphylactiques de l'hypnotoxine, un poison spécial, isolé du tissu de certains coelentères. In *Pr. Méd.*, 19 fév. 1902.

(2) Lesné et Ch. Richet fils : Anaphylaxie alimentaire aux œufs. Arch. de Méd. des enfants, t. XXV, n° 2, 1913, fév., p. 81. Analyse in *Pr. Méd.*, 10 mai 1913.

Ce travail met donc déjà en évidence bon nombre des accidents de la série.

En mai 1913, Flandin et Tzank rapportent un cas de transmission passive au cobaye, de sensibilisation aux moules (3).

Guy Laroche, Ch. Richet fils et Saint-Girons montrent l'importance de l'anaphylaxie alimentaire en clinique en 1919 (4).

En 1906, Langlois pense au rôle de l'anaphylaxie dans la fièvre des foins ; un article publié par lui en 1906, s'appuie d'une part sur les travaux de Dunbar en 1902, qui avaient montré le rôle des pollens dans cette affection, et d'autre part, sur différentes publications américaines et allemandes (5).

En 1910, Billard pose la même question pour le rhume des foins, l'asthme et l'urticaire.

En 1914, Widal Abrami Brissaud et Joltrain confirment la nature anaphylactique de certains asthmes, urticaires, œdèmes de Quincke.

L'étude de l'hémoglobinurie paroxystique a frigore avait conduit à la découverte d'un certain nombre de phénomènes situés dans le temps qui sépare l'immersion des mains dans l'eau glacée de l'apparition de l'hémoglobinurie. L'examen du sang pratiqué de cinq en cinq minutes montrait une chute du nombre des globules blancs, des troubles de la coagulation ;

(3) Soc. de Biol. anaphylaxie alimentaire aux moules. Analyse in *Pr. Méd.*, 7 mai 1913.

(4) Guy Laroche, Ch. Richet fils et Saint-Girons : L'anaphylaxie alimentaire, 1919.

(5) Les recherches récentes sur la fièvre des foins. *Pr. Méd.*, 12 sept. 1906.

il y avait en même temps chute de la pression artérielle, prurit et apparition de placards urticariens, douleurs articulaires.

Or, d'une part, les douleurs articulaires et l'urticaire existent dans la maladie du sérum, et d'autre part, la leucopénie et des troubles de la coagulation ont déjà été constatés chez l'animal au cours des expériences.

L'étude de la crise sanguine fut poursuivie d'abord sur un cas d'urticaire géante, puis dans l'asthme (asthme déclenché par le voisinage des moutons); après la guerre, elle fut encore trouvée dans certains cas d'eczéma, et même dans des cas déclenchés par l'émotion (asthme) (7).

Les travaux se poursuivent en Amérique, où l'on étudie le rôle des protéines dans le rhume des foins, l'asthme, l'eczéma, l'urticaire.

Dans un article de 1916, White (de Boston) rapporte que les pédiâtres américains ont récemment appris à mettre en évidence une sensibilité spéciale dans un certain nombre de cas d'eczéma, urticaire et asthme; ils provoquent une réaction en injectant un peu de blanc d'œuf dans la peau. L'auteur, lui, gratte en plusieurs endroits les couches superficielles de l'épiderme de la face antérieure de l'avant-bras, mais de façon à n'avoir pas d'exsudation de sang

(7) Widal Abrami Brissaud et Joltrain. Soc. Médicale des Hôpitaux, 7 fév. 1914. Réactions d'ordre anaph. dans l'urticaire. La crise hémoclasique initiale.

Widal Lermoyez Abrami Brissaud et Joltrain : Les phénomènes d'ordre anaph. dans l'asthme; la crise hémoclasique initiale. *Pr. Méd.*, 11 juillet 1914.

ni de sérum. Il dépose sur chacune un réactif différent : lait sans graisse, blanc d'œuf, etc., en laissant un témoin ; il obtient une papule surélevée rouge en trente minutes ; la réaction est souvent positive pour le lait, les œufs, le beurre (8).

En 1910, Percepied décrivait un « spasme tussigène » dans les ébauches de l'asthme ? (9)

La question de la toux spasmodique est reprise en 1922, par Besançon et de Jong, qui décrivent la trachéite spasmodique équivalent de l'asthme, et par P. Vallery Radot en 1928 (10).

En 1920, Walker montre que le coryza spasmodique apériodique peut être la conséquence d'une sensibilisation spécifique, comme le coryza spasmodique périodique ou rhume des foins (11).

En 1921, P. Vallery Radot Haguenau et Watelet apportent une observation de coryza spasmodique par sensibilisation. Il s'agit d'une jeune femme chez laquelle, après une injection de sérum antidiphtérique, se sont installées successivement des crises d'éternuement, des crises d'hyrorrhée nasale abon-

(8) Travaux sur l'eczéma infantile.

Schloss, Blanckfan. *Amer. journ. of dis. of childr.*, 1916. Strickler et Goldberg. *Journ. of Amer. childr. ; Assoc.* 1916. White (de Boston) : L'anaph. dans l'eczéma et les récents progrès de nos connaissances sur l'étiologie de cette maladie. *The Journ. of cutaneous diseases*, t. XXXIV, n° 2, 1916 février. Analyse in *Pr. Méd.*, 27 juillet 1916.

(9) Percepied : Les ébauches de l'asthme. *Bulletin Médical*, 18 juin 1909.

(10) Besançon et de Jong : La trachéo-bronchite spasmodique équivalent de l'asthme. *Paris Médical*, 21 janv. 1922.

(11) Walker : Causes fréquentes et traitement du coryza continu. *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 18 sept. 1920.

dante répétées plusieurs fois dans la journée à horaire fixe, auxquelles se sont ajoutées des crises d'asthme la nuit, et dans la matinée, après toilette au savon, l'apparition de plaques rougeâtres.

Elle n'a pu être guérie que par la prise de peptone une heure avant les repas (12).

Le traitement de la migraine par les cachets de peptone a été étudié par Nast en 1917, avec P. Vallery Radot en 1919. Une étude de ce dernier sur Migraines et anaphylaxie en 1923 (13).

Enfin, domaine le plus récent, l'ophtalmologie.

Travaux de Morax en 1913.

Les travaux relevés ensuite se rapportent surtout à des réactions oculaires à l'occasion d'opération pour cataractes et de sensibilisation à la substance du cristallin.

En 1922, observation de Lagrange, d'une conjonctivite au bois vert (14).

(12) Pasteur Vallery, Radot, Haguenau et Watelet : Origine anaphylactique de certaines crises d'hydropnée nasale. *Pr. Méd.*, 24 sept. 1921.

(13) Nast : Traitement de la migraine. *C. R. du groupement médico-chirurgical de la V^e région*, 9 mars 1917.

P. Vallery, Radot et Nast : Essai de thérapeutique préventive de certaines migraines. *Pr. Méd.*, 3 av. 1919.

P. Vallery, Radot : Migraines et anaphylaxie. *La Médecine*, fév. 1923, p. 371.

(14) Morax et Bollak, 1914 : Anaph. aux albumines du cristallin. Thèse Arnaud, Paris, 1922. Même question d'après les rapports de Verhoef et Lemoine au Congrès d'ophtalmologie de Washington. Lagrange, *Pr. Méd.*, 1922.

Quelles conditions poser aux observations pour les admettre dans le cadre de l'anaphylaxie ?

Nous en emprunterons l'expression à Pasteur Valéry Radot : « Une crise survenant chez un sujet sensibilisé à un antigène, lorsque le sujet est en contact avec cet antigène, même si cet antigène est en quantité infinitésimale. Cette crise dure un temps limité, ne laisse pas de séquelles. Elle réapparaît chaque fois que l'organisme est en contact dans les mêmes conditions avec l'antigène. Elle ne se produit pas chez d'autres sujets soumis aux mêmes conditions antigéniques. »

Nos observations ne comportent point d'épreuves de laboratoire, et l'on pourrait nous en faire grief.

Mais les malades atteints d'affections de ce groupe se rencontrent plus facilement en ville qu'à l'hôpital; ceux dont les cas sont rapportés ici ont été en majorité vus en ville par des praticiens qui, ou bien nous ont donné occasion de les voir nous-mêmes toutes les fois que la distance le permettait, ou bien nous ont rapporté leur observation.

Les différentes épreuves pouvaient souligner un état d'allergie d'hypersensibilité. Mais de l'avis même de ceux qui les emploient le plus fréquemment, ces épreuves ne peuvent satisfaire pleinement l'esprit lorsqu'il s'agit de se limiter à l'anaphylaxie, à la sensibilisation.

D'après les différents auteurs, l'éosinophilie san-

guine ne peut être considérée comme signe de sensibilisation; la crise hémoclasique est un critère de choc, mais non d'anaphylaxie; la valeur de la recherche des précipitines est discutée; la transmission à l'animal est exceptionnelle; l'épreuve de Prausnitz-Kustner serait positive chez les idiosyncrasiques.

De plus, la cuti réaction peut être négative, même en cas de sensibilisation vraie, et lorsqu'elle est positive, il ne s'agit pas toujours de l'antigène vrai.

« S'il est impossible de prouver que dans certaines conditions bien définies l'organisme est sensibilisé, il est non moins impossible d'affirmer qu'il ne l'est pas. Dans la pratique médicale courante, on est bien obligé d'appliquer des notions simples. » (Spillmann.)
« Les critères cliniques sont les plus fidèles. Le diagnostic d'anaphylaxie devra donc se fonder avant tout sur les critères cliniques ? » (P. Vallery-Radot.)

Nous ferons surtout une étude clinique des principales affections anaphylactiques rencontrées en Egypte.

Cette étude est basée sur une enquête que nous avons menée auprès de différents praticiens et spécialistes d'Egypte, de la région N.-E., en particulier du Caire, Port-Saïd et Ismaïlia. A peu près tous nous ont répondu que certaines affections dites anaphylactiques paraissaient fréquentes dans ce pays. A

d'autres, elles ne sont pas apparues plus communes qu'en Europe, mais de l'avis de tous, un certain nombre de ces malades sont aggravés par le séjour en Egypte et sont améliorés par les voyages en Europe.

De tels cas surtout retiendront notre attention, car il y a lieu de se demander en quoi le séjour en Egypte prédispose, sinon tous les sujets, du moins certains sujets, aux phénomènes dits anaphylactiques.

Nous devons donc, après la revue clinique de ces diverses manifestations, aborder le problème étiologique. Malheureusement, nous ne pourrions que l'effleurer sans le résoudre, car c'est un problème extrêmement délicat, qui paraît dépendre pour une grande part du domaine de la climatopathologie, or les éléments et même les complexes climatiques sont encore relativement peu connus, de même que leur action sur l'organisme, et un petit nombre de climats régionaux seulement a pu être étudié.

ÉTUDE CLINIQUE

des syndromes dits anaphylactiques

en Egypte

Nous allons donc passer en revue les diverses manifestations morbides qui paraissent imputables à la sensibilisation de l'organisme. Chemin faisant, nous donnerons quelques observations que nous devons à l'obligeance des médecins d'Egypte ; nous avons pu d'ailleurs examiner nous-mêmes et suivre la plupart de ces malades.

1° ASTHME

Nous parlerons tout d'abord de l'asthme qui est une des formes les plus caractéristiques et les plus fréquemment observées dans ce pays.

Il peut revêtir tous les types cliniques connus.

Voici d'abord le cas d'une malade du Docteur Godel, médecin de l'Hôpital de la Compagnie du Canal de Suez, qu'il nous a permis d'interroger et dont il a complété l'observation sur les points inconnus de la malade elle-même.

C'est le cas d'une femme de 45 ans, avec épine irritative nasale, mais chez laquelle l'influence des voyages en Egypte est nettement aggravante, tandis que le séjour en Europe exerce une action bienfaisante qui persiste ensuite plusieurs mois.

Observation I. — Asthme aggravé jusqu'à la syncope par le séjour en Egypte.

Mme B., 45 ans. Pas d'antécédent de la série anaphylactique. Un bacillaire dans l'entourage immédiat.

Cette dame a présenté dès avant 1920 des phénomènes de *coryza spasmodique apériodique* peu accusés (elle pouvait continuer à dormir ou vaquer à ses occupations, ne s'apercevait pas du moment où ils prenaient fin).

Ils augmentèrent en 1921 spécialement pendant les sports d'hiver en Europe. Elle subit deux interventions dans les fosses nasales, mais nous n'avons pu savoir exactement lesquelles (turbinectomie ?). Le coryza disparaît pour plusieurs années. Migraines fréquentes.

Vers 1925 commence une période où la malade a tous les hivers, à partir d'octobre et pour tout l'hiver, une toux grasse à toute heure de la journée et qu'elle dit avoir toujours négligée. « Je n'avais jamais été malade, dit-elle, et il me semblait que je ne pouvais pas l'être ».

La première année cette toux prit fin après une opération pour appendicite.

En avril 1932, atteinte elle-même par la grippe, elle soigne deux personnes de sa maison, se fatigue beaucoup ; dès ce moment les médecins auxquels elle s'adresse au cours de ses changements de résidence, lui conseillent tous le repos.

Pendant l'été, séjour en Suisse à 800 m. d'altitude ; elle s'« enrhume », tousse. En août, en se promenant

dans un parc, elle est « à bout de souffle », elle regagne à grand'peine son appartement.

C'est sa *première crise d'asthme*.

La malade dit qu'à partir de ce moment là les bronchites succédèrent aux crises d'asthme, mais bientôt elles furent si rapprochées qu'on ne pouvait plus reconnaître l'ordre de succession.

Les crises débutent par un point douloureux sous l'omoplate droite.

Pendant un séjour à Paris, elle a crise sur crise « ne peut avancer ».

En bateau, pendant le retour en Egypte, on lui fait tous les jours une piqûre d'évartmine pour éviter la crise.

Le soir même de son arrivée en Egypte, crise très violente ; la malade ne peut se retourner dans son lit ; elle monte le soir même à l'hôpital où elle devait rester *six mois* sans avoir jamais de sédation complète ; elle avait en tout temps une dyspnée subcontinue qui augmentait considérablement à l'effort ; sibilances, ronchus, expectoration abondante muco-purulente et bradypnée ; crises fréquentes, crises plus fortes de temps en temps, une particulièrement violente en décembre.

Une amélioration très nette (appelée par la malade « guérison ») pendant un mois, au début de 1933 coïncida avec une période où la chaleur fut très élevée, exceptionnelle, et que tous supportèrent difficilement.

Puis reprirent des crises très pénibles ; toutes les 3 semaines une crise qui durait deux jours.

En octobre 1933, crises très violentes, durant 36 heures, quatre jours, et même *quinze jours*. Elle est *restée 36 heures de suite assise au bord du lit avec des ballons d'oxygène en permanence à sa disposition*.

Elle est malade toute l'année 1934 et 1935 : crises subintrantes, pas de défaillance cardiaque P.A. 14-8 collapsus au maximum des crises P.A. 10. ; ronchus, sibi-

lances, expectoration muco-purulente contenant des éosinophiles.

En février 1936, elle ne se sent pas bien, monte à l'hôpital, et là, dans son lit, en présence de son entourage qui s'occupe d'elle, quelques secondes après une piqûre : cyanose, collapsus cardiaque (très précocement ouabaine + 1/2 cc. adrénaline intraveineuses) distension des jugulaires, syncope, pâleur, lividité, cyanose, refroidissement, baisse d'intensité des bruits du cœur, arrêt respiratoire, respiration artificielle pratiquée pendant 1/2 heure avant que la respiration reparaisse, les bruits du cœur augmentent, la respiration artificielle est continuée, peu à peu la respiration normale s'établit.

Après ce collapsus, pas de crises pendant un mois et demi environ, mais la malade met un mois à s'en remettre.

Autres crises en mai et juin, améliorées par les ondes courtes et la vitamine C injectable. Libérée pour un temps la malade s'occupe de faire opérer ses enfants des végétations.

Elle part en France ; le congé se passe très bien. En Bretagne, au bord de la mer, elle « sent venir une crise » et prend le train dès le lendemain matin pour l'intérieur des terres.

Retour en Egypte. Au bout de trois semaines, une très forte crise pendant le « Khamsin » (1). La malade commence à étouffer deux jours avant le « Khamsin ».

Un peu d'accalmie pendant les fêtes de Noël.

Le 15 janvier 1937, nouvelle crise *ininterrompue pendant cinq jours* ; affaiblissement de l'intensité des bruits du cœur, P.A. tombée à 9-5, cyanose, sueurs froides, distension générale des veines, *polypnée, état d'une extrême gravité.*

Au décours de cette crise qui fut suivie d'une accalmie

(1) Vent S.O., très violent, chaud et sablonneux, accompagné de variations hygrométriques et barométriques « hachées ».

pendant une période de beau temps le Docteur Godel exige le départ en Europe.

Sur les instances de son entourage et devant le caractère inexorable et récidivant des crises, la malade *se décide à embarquer pour l'Europe le 19 février 1937. A partir de ce jour elle n'a plus jamais eu d'asthme.* Elle a fait un long séjour à Lausanne où elle avait du *coryza spasmodique le soir* à neuf heures.

Pendant quatre mois « elle s'est senti d'avoir eu de l'asthme », après six mois elle n'a plus rien senti. Elle a pu reprendre un « rhume » sans asthme, et rentrer en Egypte où nous l'avons vue le 19 janvier 1938.

Bien qu'elle ait encore un peu de coryza spasmodique presque régulièrement chaque matin, elle s'estime en parfaite santé.

Cependant elle est rentrée dans ce pays depuis un trop court délai (quatre mois) pour qu'on ose parler de guérison.

Une autre dame a eu de même des crises d'asthme intenses à Ismaïlia et les a vu disparaître en quittant cette ville.

Observation II. — Asthme aggravé pendant le séjour en Egypte.

Mme K., 35 ans, a eu un peu d'asthme en Suisse (elle brûlait un papier anti-asthmatique et c'était fini).

Arrivée en Egypte le 1^{er} octobre 1935. L'asthme commence en novembre.

Elle eut des *crises extrêmement violentes*, résistant à toute thérapeutique, mais qui cessaient à la suite d'un vomissement de bile.

Ni gros foie, ni symptômes vésiculaires : ni urticaire, ni eczéma. Le nez paraît indemne. La radiographie pul-

monaire ne décèle rien de précis : thorax allongé semblant étranglé, petit cœur.

La malade a un accès très sérieux, presque avec état de mal, au début de février 1936. Par la suite, nouvelles crises extrêmement violentes, subintrantes, *état de mal asthmatique*. Un abcès de fixation amène la cessation immédiate des crises ; l'abcès ne se collecte pas mais forme une infiltration étendue, presque ligneuse, à peine rosée extrêmement douloureuse, légèrement fébrile ; après dix à douze jours cette phlegmasie commence à céder ; l'asthme reparaît mais moins fort.

Peu après, cette dame est partie au Caire, puis à Jérusalem où elle a fait un long séjour, puis pour de courtes vacances en Suisse. Jusqu'ici elle n'a plus jamais eu d'accès.

Cette influence fâcheuse du climat que nous venons de relever dans les deux premières observations, peut être décelée aussi chez de petits enfants. En voici un exemple :

Observation III. — Asthme à Port-Saïd. — Intolérance alimentaire.

A. D., 4 ans. Un de ses oncles est asthmatique ainsi qu'une cousine.

Née en France, au Havre, en 1933, elle vint à Port-Saïd à la fin de 1934.

Dès qu'elle commença à boire du lait du pays (lait de bufflesse, assez gras) elle eut les « intestins fatigués » et, dit sa mère des « boutons partout ».

Elle fut soignée de septembre à décembre 1935 pour plusieurs bronchites « avec points de congestion ».

Une nuit de juillet, elle est malade ; son entourage

pense d'abord à une bronchite, mais dès ce moment l'asthme est soupçonné.

Deux jours après, crise d'*asthme* très nette et très violente, puis quelques-unes moins fortes.

A Port-Saïd toutes les nuits sont très agitées, avec plaintes, réveils avec de la dyspnée, toux.

Elle se met dès lors à tousser toute l'année.

Le mois d'octobre est toujours le plus mauvais et janvier le moins pénible.

L'enfant fait un petit séjour au Liban. Elle s'améliore, et en décembre 1936, elle ne présente plus de forte crise. Examinée à la radioscopie, on lui aurait trouvé quelques adénopathies hilaires.

Mais les mois de février et avril 1937 furent marqués par de nombreuses crises.

En avril 1937, A. D. *prit le bateau pour aller en France*. L'embarquement eut lieu le soir ; à 22 heures elle eut encore une crise légère et brève, puis *ce fut « fini, fini, fini »*.

Un de ses frères avait commencé la coqueluche en mars ; elle-même la contracta, très violente ; *dans le décours de la coqueluche, l'asthme reparut*, ronflements, quintes, durée trois quarts d'heure ; elle en avait été délivrée pendant deux mois et demi.

Elle alla ensuite à La Bourboule ; sa poitrine « ronflait souvent ; elle eut un peu d'*urticaire* pendant sa cure.

De retour en Égypte, *elle débarque à Port-Saïd, le même soir elle a une crise nette* ; et depuis toutes les nuits reprennent comme autrefois.

On la conduit à Ismaïlia.

Dans une villa située à la jonction du Canal Maritime et du lac Timsah, pendant quinze jours elle n'a pas de crise. Depuis elle habite en ville : elle a des crises seulement tous les huit à quinze jours, crises qui prennent fin par un vomissement.

Un examen daté du 6 décembre 1937 signale :

Enfant maigre ; seulement quelques râles bronchitiques, surtout dans le demi champ inférieur droit ; pas de coryza spasmodique ; quelques végétations.

A la fin de décembre elle dort bien mais avec des quintes.

Le 29 elle n'a pas même de sifflement des bronches.

Nous l'avons vue le 9 janvier pendant une période d'accalmie.

Sa mère souligne que l'ingestion de soufflé au fromage se traduit régulièrement par une crise d'asthme le soir ; le riz au lait aurait le même effet.

La cuisine à base d'œufs est mal supportée.

Cette influence climatique néfaste qui apparaît dans les cas qui précèdent, peut être plus ou moins marquée suivant les localités, comme cela a d'ailleurs été observé par tous les auteurs. On connaît bien aussi l'intolérance de certains asthmatiques pour les rivages maritimes. Bien souvent l'antigène ne peut être trouvé et l'on est obligé d'incriminer vaguement certaines déterminantes du climat.

A de faibles distances, des localités jouissant apparemment du même climat ont en réalité une influence différente sur la santé et les malades sont les premiers à noter ces variations. Ceci implique la notion de micro climat qui demanderait des études très minutieuses et prolongées.

Le cas que nous allons maintenant relater tire son intérêt du fait que l'asthme de cet enfant apparaît à Port-Saïd, ville très humide, et disparaît à Ismaïlia, distante de 80 kilomètres. Il s'agit peut-être de l'in-

fluence maritime, bien qu'Ismaïlia soit très fréquemment soumise au vent du Nord qui vient de la Méditerranée, et soit baignée par un lac d'eau de mer.

Observation IV. — Asthme coïncidant avec le séjour dans la ville de Port-Saïd. Epine irritative nasale.

Je. C., né en juin 1921 à Ismaïlia.

A l'âge de trois ans, l'enfant a eu la varicelle, puis une bronchite, puis de l'*asthme*.

Un peu après, en 1924, il était opéré de végétations ; nouvelle intervention en 1928.

En 1929, il a de fortes crises d'asthme ; il demeure habituellement à Port-Saïd.

Pendant un séjour de quarante-huit heures à Suez, il n'a pas de crise.

Cette même année il fut envoyé en Europe où il eut quelques crises à La Bourboule.

A son retour à Ismaïlia il fut traité par les ultra-violets et se porta bien *jusqu'au jour où il retourna à Port-Saïd*. Lorsqu'il va dans cette ville, *deux heures* après y être arrivé il commence une crise. A ce moment là ses crises duraient vingt jours de suite avec quelques accalmies. Il avait toujours le « nez bouché ». L'examen fait à cette époque ne décela rien de particulier.

A Ismaïlia il n'a pas de crise. S'il habite à 200 m. du lac, il n'a rien du tout ; s'il habite près du lac il est gêné mais non malade.

A Noël 1932, il alla passer les fêtes à *Port-Saïd*.

Deux heures après son arrivée dans cette ville il avait une crise qui ne prit fin que trois ou quatre heures après son retour à Ismaïlia.

Cet enfant présente les particularités suivantes : il ne fait pas d'asthme à Suez, à Ismaïlia ni au Liban ; il en fait toujours à son passage à Port-Saïd, jamais à bord des bateaux ; dans une petite île italienne, il a le nez

bouché et s'enrhume facilement (?) *En Italie même où il est maintenant depuis cinq ans il n'a jamais eu d'accès jusqu'à ces jours derniers où il en eut un très violent* ; on lui a trouvé une déviation de la cloison nasale.

La ville de Port-Saïd a, dans d'autres cas aussi, une action favorisante très nette sur l'apparition des crises d'asthme, comme le démontre l'observation suivante citée par le Docteur Godel :

Observation V. — Asthme se reproduisant à Port-Saïd malgré tous les traitements.

Femme arabe de 35 ans habitant Port-Saïd.

Elle se présente à l'hôpital d'Ismailia parce qu'elle est atteinte d'*asthme sévère et subintrant* depuis deux ans.

Elle est incommodée par une dyspnée permanente (bradypnée avec un certain degré de tirage, sibilances et ronchus disséminés, expectoration 40 gr. tous les matins ; dyspnée qui s'exaspère par crises accompagnées de sibilances et de ronchus).

Tous les traitements classiques se sont montrés inopérants.

Deux jours après l'arrivée de la malade à l'hôpital l'*injection des deux ganglions stellaires* est pratiquée. Elle a été suivie d'énophtalmie caractéristique, bilatérale comme l'intervention.

Le même soir la dyspnée a diminué considérablement.

Le lendemain elle a disparu.

Le troisième jour les sibilances et ronchus ne s'entendent plus.

Au bout de douze jours, cette femme *rentre à Port-Saïd. Le soir même de son retour la crise éclate de nouveau avec des caractères de la même intensité.*

La malade revient à l'hôpital ; la *même intervention* est pratiquée avec le *même résultat*. Elle repart guérie.

Dès son retour à Port-Saïd elle entre de nouveau en crise.

Les asthmes localisés ne sont pas, en Egypte, propres au littoral marin. On peut en voir dans l'intérieur très loin de la mer, et qui cessent par de petits déplacements. C'est le cas de l'ouvrier qui a été suivi par le Docteur Jean Durand, des sucreries d'Egypte, à l'obligeance duquel nous devons l'observation qui suit :

Observation VI. — Crises d'asthme provoquées par pollens ou poussières existant dans l'atmosphère de Hawamdieh en mai et juin (Asthme des foin).

M. U. S., Maltais, âgé de 25 ans, habitant la colonie de la Raffinerie de Hawamdieh.

Antécédents personnels :

A présenté de l'ictère des nouveau-nés.

Crises d'entérite et poussées fébriles fréquentes pendant la première enfance, parfois avec présence de sang dans les selles.

Aurait eu une diphtérie (?) vers cinq ans et aurait reçu à cette occasion plusieurs piqûres de sérum (pas d'examen laboratoire).

Typhoïde à 14 ans, traitée à l'hôpital italien du Caire ; durée trois semaines ; guérison sans séquelles.

A 17 ans diphtérie certaine confirmée par deux analyses ; forme assez légère ; guérison avec deux piqûres de sérum seulement. Au cours de cette maladie nous constatons la présence d'albumine dans les urines.

L'*Asthme* a débuté à 18 ans en 1931, au mois de mai, après une bronchite.

Crises du type classique, très fortes, survenant la nuit ; durée à peu près trois semaines.

Depuis 1931 le malade a présenté chaque année, et seulement pendant les quinze derniers jours de mai et les quinze premiers jours de juin des crises typiques.

L'albuminurie constatée en 1930 a complètement disparu depuis 1932, c'est-à-dire depuis six années alors que les crises d'asthme se sont toujours reproduites.

Ces crises sont atténuées momentanément par les traitements habituels, sans être parfaitement supprimées.

Le malade a constaté que s'il quittait sa maison au milieu de la nuit en pleine crise pour aller au bord du Nil à trois cents mètres de son habitation, sa crise diminuait d'intensité, mais recommençait aussi forte à son retour dans sa chambre.

Si le malade suivant notre conseil, quitte Hawamdieh pendant sa période de crises, pour aller à Héliouan à 15 km. ou à Héliopolis à 30 km. où il a des parents (ces deux villes bâties en plein désert sont beaucoup moins humides que Hawamdieh) les crises persistent aussi intenses pendant vingt-quatre heures, la deuxième nuit elles diminuent, la troisième nuit elles disparaissent complètement. Ce phénomène a été constaté pendant quatre années différentes.

Les traitements habituels : adrénaline, racédrine, morphine, évatmine, révulsion locale, etc... donnent une amélioration précaire et très passagère.

Il y a quatre ans, au cours des accès, un traitement par piqûres de désensibilisine a donné un résultat intéressant, une diminution nette de l'intensité des crises, diminution qui s'est poursuivie pendant les deux années suivantes ; mais en 1937 les accès ont recommencé aussi forts qu'autrefois. De nouvelles piqûres de désensibilisine ont été faites au cours de la crise sans bon effet notable.

Ce malade, malgré ses antécédents, a un appareil digestif en parfait état ; il présente quelques anomalies nasales et doit subir une petite opération sur un cornet.

Nous pensons qu'il pourrait être amélioré par sympa-

ticothérapie, ou mieux par une médication anti allergique spécifique, mais il faudrait arriver à déterminer pour quelles poussières végétales il est sensibilisé.

Faute de mieux nous nous proposons de faire un traitement de choc par Emgé intra veineux au moment le plus favorable, c'est-à-dire au début des accès au mois de mai prochain.

Il est assez rare de pouvoir mettre en évidence un antigène précis. S'agit-il souvent de pollens ? Le Docteur Durand les croit responsables dans un certain nombre de cas et les accuse dans l'observation précédente. Mais dans d'autres régions de l'Egypte, où cependant l'asthme survient assez fréquemment au printemps, on ne peut guère penser que cette cause d'asthme soit bien fréquente, les cultures proprement dites, et en particulier celles de graminées, y étant rares et peu étendues. L'asthme par pollens a été décrit surtout dans des régions de grande culture. On pourrait admettre dans un nombre de cas restreint la sensibilisation par des pollens produite en petite quantité, pollens « de jardin », mais il serait surprenant que ce soit une cause d'asthme répandue, tandis que le coryza spasmodique en Egypte ne reconnaît qu'exceptionnellement cette étiologie.

L'antigène est au contraire très nettement apparent dans le cas d'asthme par piqûre de guêpes, que nous a également communiqué le Docteur Durand. Bien que ne présentant pas de grands accidents comme les malades par piqûres d'abeilles des observations de MM. Perrin et Cuénot, cette observation paraît bien se ranger avec elles dans les réactions anaphylactiques par piqûres d'hyménoptères.

Observation VII. — Crises d'asthme ; étiologie mixte, provoquées par des poussières de l'atmosphère de Hawamdieh au mois d'octobre et toute l'année par des piqûres de guêpes.

M. T. N., 40 ans, grec, né en Egypte où il a toujours habité, employé à la raffinerie des sucres de Hawamdieh. Sujet très robuste, ne présentant aucune tare, ni sucre ni albumine dans les urines.

T. A. 16,5-9 au Pachon.

En octobre 1932 le malade a eu une bronchite avec des crises d'asthme ; durée dix jours.

Depuis chaque année au mois d'octobre il survient quelques accès surtout la nuit, pendant une huitaine de jours.

Dans l'atelier des pains où depuis 1920 travaille Monsieur T. N., il y a énormément de guêpes (*vespa orientalis*) ; le malade était très souvent piqué sans autre inconvénient qu'une rougeur et un peu de douleur localisées.

Depuis 1932 on a pu constater une série d'accès d'asthme survenant environ cinq minutes après chaque piqûre de guêpe. Les accès durent environ deux à trois heures, s'ils ne sont pas traités. Ils s'accompagnent de crises d'urticaire, durant deux heures également, d'une température d'environ 37°5 et de fortes céphalées. Localement, au niveau de la piqûre, rougeur, gonflement et douleurs pendant deux ou trois jours.

Les crises traitées par piqûres d'évatomine s'arrêtaient en cinq minutes (asthme et urticaire).

Evidemment, depuis qu'il avait de telles réactions, le malade prenait les plus grandes précautions pour éviter les piqûres ; il n'était plus piqué qu'une ou deux fois par mois et depuis quatre ans, un nouvel atelier mieux protégé que le premier ayant été construit, il n'était piqué qu'une ou deux fois par an.

Les guêpes ne se voient dans l'usine que pendant quatre ou cinq mois, d'octobre à janvier. Après il n'y a plus de guêpes, mais il y a des abeilles de février à octobre. Monsieur N. T., très souvent piqué par les abeilles (*apis mellifica*, *race aegyptiana*), ne ressent qu'une petite douleur et présente une rougeur très localisée au niveau de la piqûre ; douleur et rougeur disparaissent en 24 heures, mais il ne se produit jamais ni asthme ni urticaire après les piqûres d'abeille.

Monsieur N. T. a souvent brûlé des essaims de guêpes avec sa lampe à souder, l'odeur qui se dégage suffit à provoquer un début de crises d'asthme ; s'il brûle un essaim d'abeilles il n'est pas incommodé.

Au mois d'octobre dernier, une nouvelle série de crises d'asthme saisonnier ayant recommencé, nous avons fait au malade une série de sept piqûres intra veineuses d'Emgé Lumière, à dose progressive jusqu'à 10 cm³. Depuis, notre malade n'a plus eu une seule crise d'asthme ; le quatre janvier il a été piqué par une guêpe, il a présenté la réaction locale habituelle, mais il n'a eu ni crise d'asthme ni urticaire. Il a eu également l'occasion de brûler des essaims de guêpes sans être incommodé.

Très fréquemment, l'asthme succède à l'infection bronchique et apparaît dans le décours d'un rhume ou d'une bronchite. On observe ainsi, tant chez l'adulte que chez l'enfant, des bronchites banales qui traînent, puis qui progressivement deviennent asthmatiformes. L'attention n'est pas toujours éveillée par cette transformation ; le malade dit que sa toux vient par accès surtout le soir et qu'à ce moment il respire moins bien ; souvent il note le renforcement des sibilances qui deviennent audibles à distance et

durent à peu près toute la nuit. Lorsqu'il survient des accès de dyspnée, le diagnostic est facile, mais on doit y penser aussi dans les formes frustes; l'éphédrine se comporte parfois aussi comme un traitement pierre de touche en améliorant immédiatement le malade.

Un cas de ce genre amenait à la consultation M. C..., père de l'enfant qui fait l'objet de l'observation IV.

M. C... ne connaît dans sa famille aucun malade, en particulier, ni asthme ni urticaire. Lui-même a eu une très légère bronchite en décembre 1933, une très forte bronchite avec fièvre et accès asthmatiformes en avril 1936 (son asthme a donc commencé douze ans après celui de son fils); de nouveau bronchite et accès qui, en janvier 1937, provoquent un examen des voies respiratoires supérieures par un spécialiste, examen suivi d'une intervention, probablement résection d'un éperon cartilagineux antérieur à gauche. Bronchite et accès reparaissent encore en janvier 1938.

Un autre cas est celui de M. Lj. B..., 52 ans, sans antécédents héréditaires à signaler, qui tous les ans, deux fois par an, depuis 1935, a des bronchites traînantes à tendances asthmatiformes, améliorées par l'éphédrine. En juin 1937, il s'éveillait vers minuit avec de gros ronchus trachéaux, il toussait, puis un peu de dyspnée apparaissait progressivement sans jamais être gênante, manifestations intermédiaires entre la trachéo-bronchite spasmodique et l'asthme.

Il revient le 18 janvier 1938 pour bronchite traînante. Il est mis au traitement par le broncho-pneumo

vaccin. Chaque injection détermine une très vive et précoce réaction locale (grand placard érythémateux), accompagné d'une légère réaction fébrile ainsi que d'une ébauche d'asthme. Nous n'avons pu le suivre jusqu'à la fin du traitement.

Par contre, c'est le résultat du traitement que nous avons vu chez un enfant.

Observation VIII. — Asthme chez un enfant à la suite d'une bronchite traînante. Amélioration par les vaccins.

Ya. P., enfant de cinq ans. Pas d'asthme ni d'urticaire dans la famille.

Il a eu une bronchite à l'âge de six mois, une grippe légère en mars 1937, et en juin 1937, la coqueluche, traitée par des vaccins.

Il a fait ensuite un séjour en Grèce. Il se portait bien à Athènes, mais il l'a quitté pour une autre région où il aurait commencé une bronchite traînante.

Rentré à Ismaïlia en octobre il eut un rappel de coqueluche et après une période de pluie il a commencé des crises d'asthme.

Le docteur Monnerot-Dumaine a assisté à une fin de crise le 13 décembre 1937 et constaté la dyspnée et une tempête de râles sibilants dans les deux champs.

L'enfant est revu le 21 janvier 1938 après traitement par rayons U-V. et vaccins polymicrobiens pulmonaires.

Nous l'avons vu à ce moment. Il est extrêmement amélioré, ne présente plus que de rares sibilances, il n'a plus d'asthme, il ne tousse que très peu et rarement (deux ou trois fois par jour). La radioscopie faite ce même jour montre des ombres légères aux hiles prédominantes à droite.

Nous rappelons que dans plusieurs des observations précédentes (obs. I, III, IV, VI, VIII), des crises d'asthme nettes ont commencé à la suite d'une bronchite.

2° TRACHÉO-BRONCHITE SPASMODIQUE

Nous avons déjà eu l'occasion de signaler la toux spasmodique dans le cas de M. Lj. B...

La trachéo-bronchite spasmodique s'observe assez fréquemment à Ismaïlia, soit seule, soit associée à une autre manifestation anaphylactique, asthme ou coryza.

Les crises sont souvent vespérales. Le sujet est en proie pendant plusieurs heures à de violentes quintes de toux qui l'empêchent de dormir et qui cèdent lentement, soit spontanément, soit sous l'influence de l'éphédrine. Le malade peut avoir un ou deux accès par jour.

Un des malades observé était un italien de 35 ans dont la trachéo-bronchite succéda à un rhume banal. La guérison survint au bout d'un mois.

Il n'est pas impossible que cette affection existe chez l'enfant, mais elle serait souvent confondue chez lui avec la coqueluche ou avec des trachéo-bronchites coqueluchoïdes qui sont très fréquentes en Egypte.

3° CORYZA SPASMODIQUE

Le coryza spasmodique serait, en Egypte, avec quelques variations suivant les localités, aussi fréquent que l'asthme, mais à la différence de celui-ci, il atteindrait un peu moins les Egyptiens que les Européens. La saison la plus favorable est l'hiver ; les cas rencontrés au cours des précédentes observations ne faisaient pas exception : le coryza de M^{me} B... (Obs. I) était apériodique; l'enfant Je. C... (Obs. IV) avait, à Port-Saïd, le « nez bouché » quelle que fût la saison.

Souvent on relève en même temps des troubles intestinaux ou une susceptibilité à certains aliments.

Le coryza spasmodique se constitue peu à peu. Les accès d'abord espacés deviennent de plus en plus fréquents.

L'épine irritative est souvent trouvée, nasale ou pharyngienne. Il s'agit surtout d'hypertrophie du cornet moyen, puis d'arrête osseuse de la cloison, de contact entre le cornet moyen et la cloison, de végétations.

Les interventions portant sur la correction de ces anomalies apportent une amélioration importante, mais non la guérison complète. Il faut traiter aussi le système vago-sympathique de ces malades pour

obtenir de meilleurs résultats. La thérapeutique est parfois décevante, on a par contre des cas très heureux :

Un jeune homme traité par le Docteur Duverger (du Caire), avait des accès très fréquents, avec bouffissure de la face et des paupières, occlusion de celles-ci et nez complètement bouché pendant des heures.

L'ablation d'énormes cornets moyens lui apporta une amélioration considérable. Il se considère comme délivré de cette affection devenue pour lui une véritable calamité.

Nous n'avons pas pu faire une enquête suffisamment étendue auprès des oto-rhino-laryngologistes, relativement à l'influence du climat sur le coryza spasmodique, et nous n'avons pu avoir d'observation dans laquelle la maladie soit favorisée par le climat égyptien. Tout au contraire, le Docteur Duverger a vu une dame atteinte de coryza spasmodique, qui le voit disparaître en Egypte après galvano-cautérisation. Lorsqu'elle retourne en France, soit à Bordeaux, soit à Rochefort, elle reprend aussitôt des accès violents et fréquents. A noter qu'elle les attribue aux odeurs du port de Rochefort. Tout disparaît spontanément chaque fois qu'elle revient en Egypte.

Le Docteur Duverger n'a jamais vu de Hay-fever.

4° ŒDÈME DE QUINCKE

Une des manifestations dont la fréquence en Egypte nous a le plus frappé, est l'œdème de Quincke, dont nous avons vu quatre cas dans un temps assez court.

Ces malades ne présentaient pas d'antécédents héréditaires de la même série, mais eux-mêmes avaient été atteints d'eczéma ou de migraine ou d'autres phénomènes alternant ou coïncidant avec l'œdème.

La cause déclanchante de la crise a paru nette dans deux cas ; dans l'un, absorption de chocolat ; dans l'autre, rôle des émotions. Dans un cas, on ne peut mettre en évidence aucun phénomène antécédent.

Les traitements institués ont eu peu de résultats, mais dans deux cas suivis depuis longtemps, il s'est produit au bout de plusieurs années une amélioration qu'on ne peut rapporter à aucune cause précise.

En voici un premier cas, dont la complexité nous a paru mériter qu'il fût rapporté en entier.

Observation X. — Œdème de Quincke accompagné de vertiges, hémorroïdes, troubles digestifs, crises entéralgiques, le tout amélioré après un séjour en Italie.

M. D. R., 40 ans, a eu plusieurs accès paludéens pendant la guerre. Il est venu à Ismaïlia en 1921.

En 1928, il a commencé des poussées d'*urticaire géante*

presque quotidiennes, peu influencées par l'alimentation (aggravées par le poulet et le jambon).

La poussée commence à dix sept heures, le prurit augmente de plus en plus, la crise dure toute la nuit et se termine le lendemain matin vers dix heures.

Elle affecte surtout les mains, un peu moins les jambes ; une fois une paupière devint énorme.

Dès ce temps-là, les poussées d'urticaire *alternaient* avec des *vertiges* presque soudains qui duraient trois ou quatre heures.

En février 1932, il a eu des *troubles dyspeptiques* difficiles à préciser, à jeun et après les repas ; cependant il mangeait en quantité raisonnable et ne vomissait pas. Il a été examiné en Italie ; on lui a trouvé une légère ptose gastrique et le lobe gauche du foie un peu gros ; on lui a conseillé le port d'une ceinture ; il n'a pas été amélioré.

En mars 1932, les *vertiges coexistent avec l'œdème* ; ils ne durent plus que trois ou quatre minutes ; le malade est obligé de s'allonger ou tout au moins de s'asseoir ; en même temps il perçoit un « ronflement dans les oreilles » ; pendant et après les crises il a des sueurs froides abondantes.

Toute l'année il a eu des vertiges ou de l'œdème. En octobre une série d'examens ont été faits.

Examen des yeux : asthénopie, vision 8/10 à droite et à gauche, Monsieur D. R. a d'ailleurs porté des lunettes pendant son enfance.

L'examen O.R.L. a révélé un *vertige labyrinthique* et un *éperon de la cloison* qui unissait celle-ci au cornet moyen ; cet éperon a été enlevé pendant les jours suivants.

Huit jours après le malade avait de l'œdème mais pas de vertiges.

Œdème et vertiges sont allés en décroissant jusqu'au début de l'année 1934 : vertiges une fois par mois, œdè-

me presque totalement disparu. Tous deux reprennent en mars 1934.

Puis, dans le courant de cette même année, Monsieur D. R. a souffert d'hémorroïdes ; lorsqu'elles ont saigné, il a été débarrassé de ses vertiges. Malheureusement, la procidence des premières a rendu l'intervention nécessaire et les vertiges ainsi que la fatigue et les douleurs épigastriques ont reparu à la suite de la suppression des hémorroïdes.

En janvier 1936 est apparu un *syndrome d'allure amibienne* (mais dont la nature parasitaire n'a jamais pu être prouvée). *Pendant le même temps* le malade avait de *nombreuses boules d'œdème et des vertiges*.

Il eut ensuite une colite qui parut guérir, amélioration suivie de fréquentes rechutes.

Puis se produisirent des *crises entéralgiques* paroxysmiques, à début brutal, très douloureuses, *accompagnées de vertige et d'œdème*, avec selles sanglantes, glaires, parfois meléna, très forte fatigue ; le malade s'en remettait rapidement et complètement.

En juin 1937, le malade est parti en Italie ; à bord il était toujours malade, ainsi que pendant douze jours passés dans la campagne romaine.

Il est allé à Rome où on lui a trouvé une lambliaose et de l'insuffisance hépato-pancréatique ; à la fin de son séjour à Rome il allait mieux. Il est retourné dans la campagne romaine où il suivait un régime, mais il ne se sentait pas bien ; il s'est amélioré de nouveau peu avant son embarquement. Depuis son retour en Egypte il est beaucoup mieux ; il a très peu d'œdème, les crises intestinales sont améliorées de même que les vertiges.

Nous l'avons vu le 20 janvier 1938 ; il se plaignait de diarrhée et de douleur au niveau des côlons ascendant et descendant ; il avait sur la poitrine un cercle d'œdème de Quincke qu'il ne signalait pas tant il le jugeait

peu important, car il en avait eu d'extrêmement volumineux.

Ce malade a subi plusieurs traitements et suivi divers régimes alimentaires y compris le régime végétarien strict sans amélioration notable. Il est certainement amélioré après son séjour en Italie, mais son retour est trop récent pour qu'on ose prévoir le maintien de ce nouvel état.

Le cas suivant présente la même résistance aux traitements. Il s'est amélioré après cinq ans seulement, à la suite d'un fort accès paludéen, sans que l'on puisse voir là une relation de cause à effet. Cette amélioration (nous disons bien amélioration et non guérison) se maintient depuis quatre ans déjà.

Observation XI. — Œdème de Quincke — Eczéma — Insuffisance hépatique.

M. A. B., né en 1883, est un ancien paludéen. Il eut ses premiers accès en 1904, en Corse ; il semble s'être réinfecté car il a eu plusieurs rechutes en 1922-23-24, à Paris, accès pas très forts, une fois par semaine pendant une partie de l'année en hiver. Depuis il a fait d'autres voyages en Orient sans fièvre.

En 1929, il a eu fréquemment de l'œdème qui survenait par poussées durant quelques heures, œdème rosé, non prurigineux, surtout gênant, qui débutait pendant la nuit, surtout aux mains, mais aussi à la face, à la langue, au pharynx, aux oreilles, aux paupières, à la plante des pieds, *sans cause évidente*. Cet œdème dure en moyenne douze heures, sauf à la face où les traces persistent quarante huit heures.

En cette même année 1929, il a eu un placard d'eczéma à la jambe gauche.

Plusieurs fois il s'est fait examiner ; on ne lui a trouvé parfois qu'un peu d'*insuffisance hépatique* ; il a subi divers régimes sans succès.

Il n'a jamais eu d'asthme ni d'urticaire et n'en connaît aucun cas dans sa famille.

En 1932 il a été traité par autohémothérapie sans succès.

En 1934 il eut un fort accès de paludisme traité par la quinoplasmine ; pendant la dernière semaine du traitement il eut de l'œdème au bras droit puis au flanc droit.

Il n'a plus eu d'autres accès paludéen ; les accès de Quincke se sont espacés ; autrefois il ne se passait guère de jour sans qu'il en eut un, depuis 1934 il n'en a que tous les quinze jours, plus faiblement et de courte durée, état qui s'est maintenu au moins jusqu'au 10 janvier 1938, jour où nous avons pu l'interroger.

Les crises d'œdème de M^{me} R... débutent à la suite d'une émotion vive. Cet état est très amélioré pendant le séjour en Europe.

Observation XII. — Œdème de Quincke émotif, avec urticaire, migraines, chez une hépatique. Amélioration en Italie.

M^{me} O. R., 27 ans, née à Ismaïlia qu'elle a toujours habité depuis.

Sans antécédents familiaux à signaler.

A eu la scarlatine à l'âge de onze ans et ensuite très fréquemment de l'*urticaire*, cela jusqu'à l'âge de seize ans environ.

Depuis trois ou quatre ans, à chaque *ennui*, elle prend une « bouffée de chaleur », et *au bout d'une heure*, quelques papules prurigineuses d'*urticaire* paraissent sur le corps, mais le visage surtout est atteint, les paupières et

les lèvres prennent des dimensions énormes, créant une véritable difformité. Cet œdème de Quincke s'efface en quelques heures.

M^{me} R... souffre assez souvent de *migraine* frontale.

C'est une hépatique certaine, qui va tous les ans depuis trois ans faire une cure thermique en Italie.

Bien qu'elle ait en Europe les mêmes ennuis qu'en Egypte, elle signale une amélioration très nette dès l'embarquement, si bien qu'elle dit n'avoir jamais rien en Europe et qu'il faut insister pour lui faire dire : « presque rien ».

L'enfant Ro... n'a eu encore que deux crises, toutes deux après l'absorption d'une boule de chocolat.

Observation XIII. — Œdème de Quincke après ingestion de chocolat.

Ro., 12 ans, grande et forte.

Sa mère a eu deux ou trois crises de colique hépatique nettes et souffre encore de temps en temps de douleur vésiculaire.

Ro. a eu de fréquents furoncles à l'âge de quatre ans, a été opérée de végétations à cinq ans ; maintenant elle a facilement des angines.

Il y a quinze jours, elle a mangé une boule de chocolat ; dix minutes après, dit-elle, elle sentait des picotements dans la lèvre supérieure qui enflait. L'augmentation de volume fut importante, rapide et asymétrique ; la disparition s'effectua en deux ou trois heures.

Deux jours après, le soir, l'œdème apparut à la paupière supérieure, elle ne revint à l'état normal que le lendemain matin ; puis ce fut le tour de la paupière inférieure, elle était gonflée et rouge ; tout fut terminé dans l'après-midi.

Le 18 janvier, l'enfant absorbe un nouveau chocolat,

le même phénomène recommence, aussi rapidement, à la lèvre supérieure. Nous la voyons le lendemain matin ; la lèvre est encore déformée, la couleur de la peau ne diffère pas de celle du reste du visage, la muqueuse est bien colorée, pas de prurit : l'immobilité ne peut être obtenue, à chaque essai, la portion centrale de la lèvre, siège principal de l'œdème, prend de petits mouvements latéraux, saccadés, groupés.

Un troisième chocolat offert à ce moment n'a pas produit d'effet notable pendant une surveillance de trois quarts d'heure.

A noter que la première fois l'œdème s'est produit le soir, quelques heures avant les règles.

5° DERMATOSES DIVERSES

Le domaine de l'anaphylaxie est assez discuté en dermatologie, cependant il nous paraît logique de citer ici, sans nous étendre démesurément, quelque dermatoses habituellement classées dans la série des maladies dites anaphylactiques.

a) URTICAIRE

L'urticaire et son voisin le prurigo sont d'observation courante et se rencontrent avec une égale fréquence en Egypte, sinon aux consultations de dermatologie où de tels malades ne se rendent pas, du moins chez le médecin auquel la famille s'adresse habituellement.

L'urticaire se voit soit isolé, soit associé à un autre syndrome, dermographisme, asthme ou autre équivalent.

Nous avons déjà eu l'occasion de le signaler au cours des précédentes observations, en particulier dans le cas de cet ouvrier des Sucreries d'Egypte qui, après une piqûre de guêpe, faisait en même temps une crise d'asthme et une poussée d'urticaire (Obs. VII), ou encore chez l'enfant A. D... (Obs. III), qui eut de l'urticaire pendant une cure à La Bourboule.

Chez une jeune femme, nous l'avons trouvé associé au dermatographisme, à l'eczéma et à l'asthme.

Observation XIV. — Urticaire, eczéma, dermatographisme, asthme, chez un même sujet.

M^{lle} P., 32 ans, née en Egypte, a facilement de l'*urticaire*. Elle aurait eu cet été de l'*eczéma* au poignet gauche. Elle se plaint de prurit, le plus souvent après exposition prolongée au soleil, mais aussi en l'absence de celui-ci ; elle se gratte et il se forme des lignes roses qui persistent un quart d'heure (*dermatographisme*).

M^{lle} P. a aussi de l'asthme, dont les conditions d'apparition sont particulières. Sa première crise eut lieu chez elle, à Port-Saïd, il y a dix ans, crise violente accompagnée de pollakiurie et qui dura toute la nuit ; ensuite, chez elle, pendant huit ans, elle n'a eu qu'un peu d'étouffement, quelques fois par an.

Son asthme paraît constamment lors des visites qu'elle fait dans deux familles amies, l'une habitant à Ismaïlia, l'autre au Caire, toujours en hiver et après une période de fatigue et d'ennuis. Il en a été ainsi trois fois à Ismaïlia depuis quatre ans et deux fois au Caire. Dans cette dernière ville, il y a deux ans, une crise violente d'une durée de trente-six heures, a nécessité un séjour à l'hôpital pendant quinze jours, séjour au cours duquel a été faite une radiographie ; on y trouva des lésions rapportées à une infection ancienne de nature non déterminée. M^{lle} P. a pu aller dans une autre famille du Caire sans être incommodée.

Lorsqu'elle retourne dans une maison où elle a eu autrefois de l'asthme, elle pense à ses crises précédentes ; dans la soirée, elle tousse et sa crise commence.

C'est à l'occasion d'une de ces crises que nous avons vu M^{lle} P.

Elle a souvent un peu d'anxiété, de l'insomnie, se

fâche et se calme instantanément. Elle a les yeux un peu saillants, pas de goître, palpitations rares, pas de tachycardie, pas de tremblement ; nez étroit, palais un peu ogival ; gorge légèrement irritée, sibilances à la base gauche, en rapport avec la crise d'asthme de la veille.

L'urticaire banale est fréquente chez les enfants à partir de l'âge d'un an et demi. Quelquefois on peut incriminer un aliment, quelquefois on trouve un peu d'état saburral des voies digestives, dans beaucoup de cas on ne trouve aucune cause appréciable.

Nous l'avons vu chez un enfant de vingt-deux mois dont la sœur avait eu, elle aussi, de l'urticaire étant âgée de six ans. Ro. Lep..., élevé au sein, était fréquemment couvert de furoncles ; maintenant, il a souvent des orgelets ; il a eu de l'entérococolite, et au sevrage, il a fait une dysentérie traitée par le stovarsol et l'amibiasine.

Il y a vingt jours, après avoir mangé un œuf, il s'est gratté, mais n'a pas eu d'éruption ni de diarrhée.

Avant-hier a commencé une éruption d'urticaire accompagnée de diarrhée assez liquide de ton clair. La mère ne sait pas trouver cette fois une cause alimentaire.

b) PRURIGO

Un cas de prurigo a commencé dans des conditions alimentaires analogues à celles du cas précédent.

Cet enfant (Vint...), âgé de deux ans, né en Egypte, avait eu un ictère à l'âge de un mois. Le sevrage

s'était bien passé. Les œufs de bonne qualité étant difficiles à se procurer en Egypte, la mère avait attendu la saison froide pour lui en donner, afin qu'ils soient mieux conservés.

Après avoir mangé un œuf (le premier), dès le lendemain matin, l'enfant avait une éruption de prurigo banal (papules de prurigo, lésions de grattage) que nous avons vue au cinquième jour. Depuis ce temps, il avait des selles claires très malodorantes.

Nous avons signalé ce cas à cause de son analogie avec le précédent, mais à titre exceptionnel, parce qu'il est apparu, sinon après l'ingestion de la première albumine, du moins après celle du premier œuf ; or nous tendons le plus possible à limiter cette étude aux cas d'anaphylaxie, c'est-à-dire pratiquement, à ceux qui surviennent après plusieurs contacts avec l'antigène et se reproduisent chaque fois qu'ils sont en sa présence, seul témoignage couramment à la portée du médecin praticien.

Un autre enfant, Cl. P..., âgé de six ans et demi, a du prurigo tous les ans en avril et en septembre ; tous les deux ans il va en France, voyage au cours duquel il fait un séjour à Uriage. A la saison d'avril suivante, il est moins atteint ; l'amélioration se borne là.

c) ECZÉMA

L'eczéma est très fréquent en Egypte sous toutes ses formes. Il paraît avoir assez souvent une cause

externe. Le Docteur Lotte, médecin de la Compagnie du Canal, confirme ce point ; lui aussi rencontre souvent l'eczéma de cause externe, en particulier aux mains, dans le personnel des chantiers.

L'eczéma revêt assez souvent la forme dyshidrosique.

Nous avons déjà signalé l'eczéma dans un cas d'œdème de Quincke (Obs. XI) et dans un cas d'urticaire et asthme (M^{me} P...).

A titre d'exemple d'eczéma du nourrisson, nous citerons le cas suivant :

L'enfant C... présentait, une ou deux semaines après sa naissance, un eczéma de la face et du cuir chevelu qui devint rapidement suintant. Les médications externes étaient inefficaces. L'enfant ne fut amélioré que par l'usage exclusif d'un lait sec complètement écrémé. Toute reprise d'un lait plus gras entraînait une rechute de l'eczéma. Sur ces entrefaites, survint un coryza et une petite bronchite, et l'abondance des râles sibilants, une légère dyspnée, témoignèrent de la transformation en *asthme* de cette bronchite. La guérison de l'asthme finit par survenir par l'éphédrine.

Chez l'adulte, nous limiterons nos citations à celle d'un cas d'eczéma substitué à un asthme.

M^{me} Pp..., 31 ans, a eu autrefois un rhumatisme à la suite d'une grippe, puis plus récemment, *asthme*, rhumatismes et divers maux. Tous ces troubles ont disparu au moment de l'apparition d'un *eczéma* qui

persiste depuis trois ans et qui a subi de nombreux traitements (en particulier auto-hémothérapie, piquûre de lait, etc.), sans succès. La malade a été très améliorée par un traitement d'hyposulfite de Mg. et d'extraits de rate.

6° PHÉNOMÈNES INTESTINAUX

Malgré la grande fréquence en Egypte des troubles intestinaux du type diarrhée, il est rare de diagnostiquer de véritable diarrhée anaphylactique.

Toutefois, on observe assez souvent des entérites aiguës que l'on qualifie classiquement de toxi-infection alimentaire, mais dans lesquelles la brutalité des phénomènes, le caractère cholériforme de la diarrhée, les vomissements, la déshydratation, et un véritable état de choc, font penser à la sensibilisation à un aliment. La crise se termine en quelques heures, mais il est parfois nécessaire de remonter l'état général.

Chez le malade D. R. (œdème de Quincke alternant avec des manifestations diverses, Obs. X) existent des crises intestinales brutales dont l'origine anaphylactique paraît probable.

Bien que l'état général ne soit pas aussi sérieusement atteint, il semble permis de penser à une telle origine dans le cas d'un enfant de deux ans qui a eu cet été une colite infectieuse faisant penser à une dysenterie bacillaire très grave, dont l'origine n'a pas été prouvée. La convalescence a été très lente.

Depuis, cet enfant peut manger du poulet et du poisson, mais il ne supporte jamais ni œuf, ni cho-

colat, ni féculent. S'il prend l'un ou l'autre, à midi, par exemple, il éprouve aussitôt des malaises, il devient pâlot, dit qu'il souffre du ventre, perd l'appétit ; son haleine devient fétide, et le lendemain matin il a une diarrhée lientérique, bilieuse et très liquide.

7° MIGRAINE

La migraine est très répandue et revient fréquemment chez la même personne, de sorte que le médecin de la famille lui-même, bien que tenu au courant de cet état, ne revoit pas ses malades à chaque crise.

De plus, c'est un syndrome banal dont on ne relève pas les observations.

Nous devons nous borner à en signaler la fréquence et à rappeler les cas de M^{me} B. (Obs. I) et de M^{me} O. R. (Obs. XII).

8° MANIFESTATIONS OCULAIRES

La contagion n'est pas seule responsable des nombreuses affections oculaires régnant en Egypte.

a) AFFECTIONS DIVERSES

Le Docteur Péretz, du Caire, connaît un enfant porteur de végétations, qui souffre, en Egypte, de phlyctènes limbiques rebelles à tout traitement local, dont il est débarrassé sans traitement toutes les fois qu'il séjourne à Paris, mais qu'il reprend dès la traversée en revenant en Egypte.

Le Docteur Péretz signale aussi une jeune fille de dix-huit ans qui fait de la blépharite ciliaire ulcéreuse et des orgelets à répétition après l'absorption de crèmes ou de chocolat, et une femme d'une soixantaine d'années, insuffisante hépatique, qui a de l'œdème palpébral et une kératite marginale lorsqu'elle prend du vin blanc. Malgré sa localisation, ce dernier cas ne pourrait-il pas être rapproché du cas d'anaphylaxie au vin blanc avec réactions urticariennes décrit par Spillmann et de Lavergne.

b) CONJONCTIVITE PRINTANIÈRE

La conjonctivite printanière, dont la nature anaphylactique dans certains cas se précise dans des travaux récents, ne paraît pas rare en Egypte, puisque le Docteur Meyerhof, du Caire, que nous avons interrogé à ce sujet, en a vu personnellement, jusqu'en janvier 1938, quatre-vingt-onze cas, avec une proportion de 61 pour 3.500.

De même le Memorial Ophtalmologie Laboratory de Giza signale dans son rapport de 1936 l'observation de soixante-quatorze malades pendant l'été de cette seule année.

Nous n'avons pas eu connaissance de cas en Egypte où la conjonctivite printanière s'accompagne d'asthme ou d'un équivalent, ou leur soit substituée, bien que de tels cas aient été signalés en France.

Le Docteur Meyerhof en voit peu de cas de décembre à février, le maximum des cas en mai et juin, ou encore en septembre-octobre ; beaucoup présentent en même temps des signes de lymphatisme, beaucoup d'autres sont en complication avec le trachome ; il n'a pas été constaté de relation avec l'ingestion d'aliments, mais seulement une forte influence du changement de température et l'incidence familiale de l'affection ; dans plus de vingt cas, deux frères (une fois deux jumeaux de sept ans) ont été atteints ; dans quatre cas, c'était le père et le fils, la mère et la fille, qui souffraient de cette affection à des intervalles de quinze à vingt-cinq ans.

Le Docteur Monnerot Dumaine connaît à Ismaïlia un cas de conjonctivite printanière chez un Egyptien de race claire, mais chez ce sujet l'affection ne persiste pas en hiver, sa période d'activité ne correspondait pas avec notre séjour et nous n'avons pu l'observer.

TRAITEMENT

La thérapeutique ne nous retiendra pas longtemps. Trop souvent nous avons dû signaler la persistance des troubles en dépit de tous les essais ; c'est dire à la fois la ténacité de l'affection et la variété des traitements successifs subis par chaque malade. Nous n'en ferons donc qu'une étude générale et brève parce qu'elle ne comporte rien de bien particulier au pays.

1° Hygiène générale

Les grandes prescriptions s'adressent à tous les sujets, à quelque degré qu'ils soient atteints : éviter la sédentarité, les repas abondants, l'alcoolisme.

La plupart des malades suivent un régime d'hépatiques comportant l'abstention de graisses cuites, œufs, acides, chocolat ; ils évitent aussi les allergènes : crevettes, fraises, poisson, crème du lait.

On est amené à donner aux nourrissons du lait écrémé, ce qui supprime l'usage du lait condensé si répandu dans les familles européennes, et le fait remplacer par le lait sec écrémé, ou le lait de pays, ou encore le lait homogénéisé, le moins allergène de tous, quand on peut s'en procurer.

2° Traitement de fond

Après avoir fait une place à part à la correction chirurgicale des malformations des voies respiratoires supérieures, nous citons seulement les traitements les plus employés.

a) De sensibilisation par le calcium veineux, l'hypo-sulfite de soude ou de magnésie, les peptones polyvalentes, l'autohémothérapie ;

b) Le calomel agit bien dans le prurigo, mais de façon momentanée ;

c) Vaccins en injection ou ingestion.

3° Traitement des crises

L'évatmine, qui dans un certain cas (Obs. VII, asthme par piqure de guêpe) mettait fin à la crise d'urticaire en même temps qu'à la crise d'asthme.

L'éphédrine.

Le bellergal (association belladone, ergotamine, gardenal) ; il agit dans les crises entéralgiques de l'Obs. X (œdème de Quincke et manifestations multiples).

Dans l'état de mal asthmatique : morphine, abcès de fixation, anesthésie des ganglions étoilés.

4° Enfin, lorsque le malade est un européen, on en vient souvent à conseiller un voyage en Europe ; il semble rompre ou atténuer « l'habitude » des accidents anaphylactiques, et permet à la suite un nou-

veau séjour en Egypte dans de meilleures conditions, au moins pour un temps.

Bien que cette méthode n'ait pas des résultats absolument constants, elle reste l'ultime recours et apporte des améliorations importantes et même brillantes dans des cas d'une ténacité désespérante.

ÉTIOLOGIE

1° *Hérédité*

On ne rencontre pas fréquemment l'hérédité d'une même affection, et plus rarement encore l'hérédité directe.

Il en était ainsi parmi nos malades. Seulement dans trois cas d'asthme, on retrouvait celui-ci à la génération précédente, chez un oncle (Obs. III), une tante (Obs. M^{me} P., urticaire) et une seule fois chez le père, encore les premières manifestations étaient-elles apparues chez lui douze ans plus tard que chez son fils. L'hérédité directe est à souligner dans la conjonctivite printanière.

En général, on peut retrouver chez les frères et sœurs d'autres manifestations anaphylactiques.

Il y aurait des familles sujettes au prurigo.

Dans une observation (Ro. Lep., urticaire), un collatéral (sœur) a eu des crises de même nature.

Dans l'ensemble, il y aurait plutôt hérédité de terrain, « arthritisme », insuffisance hépatique légère qui est extrêmement répandue.

La tuberculose est rare. Le rôle du paludisme et de la syphilis est possible mais non observé, sinon par le Docteur Lotte, qui dans certains cas d'eczéma

retrouve cette dernière à la troisième ou quatrième génération.

2° Epines irritatives

Elles sont comme ailleurs : nasales, pharyngées, bronchiques, colitiques, etc.

3° Causes déclanchantes

La bronchite est très fréquente dans les antécédents personnels récents des asthmatiques.

L'action des pollens est possible mais peu probable, les cas d'asthme étant nombreux dans des régions dépourvues de cultures. Le venin de guêpe avait une action des plus nettes, mais dans un cas unique.

Plus fréquemment, on note soit les abus alimentaires, soit l'ingestion de certains aliments, en particulier dans l'urticaire.

Enfin, dans des cas nombreux, la cause déclanchante non précisée paraît être de nature physique (vent, proximité de la mer).

PATHOGÉNIE

Il semble que ces causes agissent par deux mécanismes possibles.

1° Etat des organes digestifs et en particulier du foie

Les troubles intestinaux et l'insuffisance hépatique sont très répandus. On les retrouve fréquemment dans les cas d'asthme, urticaire, prurigo, etc.

La barrière intestinale irritée et devenue plus perméable, se laisserait franchir par les antigènes que le foie, débordé dans son action, ne pourrait arrêter dans leur totalité.

2° Etat du système vago-sympathique

Les crises d'asthme, au moins au début, sont favorablement influencées par l'adrénaline, l'éphédrine.

En quoi l'Égypte favoriserait-elle l'anaphylaxie ?

S'il n'est pas possible de prouver par des comparaisons numériquement établies le nombre des cas de maladies anaphylactiques en Égypte, la netteté et la violence de certains syndromes jusque-là inexistants ou légers chez le sujet, coïncidant avec l'arrivée en Égypte, leur disparition avec l'éloignement de ce pays, et ceci dans une proportion de cas assez élevée, s'imposent à l'attention.

Madame B. (Obs. I), française, a commencé ses crises d'asthme en Suisse ; ces crises étaient pénibles, mais pas au point de la consigner dans un hôpital six mois de suite, comme cela s'est produit dès son retour en Égypte où elle avait déjà séjourné quelques années, ni au point de mettre sa vie en danger ; ces aggravations se sont produites deux années de suite, séparées par un séjour en France dans de bonnes conditions. L'amélioration définitive date de l'embarquement pour l'Europe.

Madame K. (Obs. II), suisse, a eu en Suisse des crises extrêmement légères. Un mois après son arrivée à Ismaïlia, elle a des crises extrêmement violentes et de plus en plus rapprochées. Après avoir été un peu améliorée par un abcès de fixation, elle a traversé le Caire ; elle a ensuite habité en Palestine pendant dix-huit mois, puis est allée en Suisse et n'a jamais eu de crise dans ces deux pays.

A. D. (Obs. III), petite française née dans un

grand port de France, vient habiter Port-Saïd. A l'âge de deux ans, elle a une bronchite et depuis ses parents la surveillent avec plus de soin encore que de coutume. Elle commence à faire de l'asthme, elle passe de très mauvaises nuits ; elle part au Liban, s'améliore ; rentre à Port-Saïd, reprend ses crises ; part en France et est délivrée le soir même de son embarquement ; son état est un peu moins satisfaisant après une coqueluche, mais c'est encore à Port-Saïd qu'elle reprend sa première crise nette, le soir même de son débarquement, crises désormais quotidiennes comme l'année précédente. A Ismaïlia, elle souffre beaucoup moins qu'à Port-Saïd.

J. C. (Obs. IV) est un garçon italien, né à Ismaïlia ; pendant une année, il a eu de l'asthme à Port-Saïd ; parti en Europe pendant les vacances, il n'a eu que quelques crises à La Bourboule ; mais il ne peut aller à Port-Saïd sans avoir une crise qui commence deux heures après son arrivée et se termine six heures après son départ.

D. R. (Obs. X), italien, est revenu d'Italie amélioré.

Madame R. (Obs. XII), italienne née à Ismaïlia ; dès que par l'embarquement elle est soustraite au climat d'Égypte, les causes qui déclanchent habituellement ses crises restent alors sans effet.

Il est à remarquer qu'à l'exception d'A. D., dont un oncle a de l'asthme, et de M^{me} K., dont les antécédents ne nous sont pas connus, ces malades n'ont point d'antécédents de la série.

On peut objecter que l'asthme, en particulier, est des plus capricieux dans ses conditions d'éclosion et

qu'un lieu où la vie est pénible à certains malades peut donner la paix à d'autres.

Cependant voici des personnes sans prédispositions héréditaires particulières ; elles sont originaires de différents pays d'Europe où elles habitaient soit dans les terres, soit en montagne, soit au bord de la mer. Lorsque leur situation sociale les attire de ces diverses régions vers l'Egypte, elles y trouvent une aggravation, et lorsqu'elles se dispersent vers leur pays d'origine ou ailleurs (Liban, Palestine, Grèce, etc.), elles s'améliorent ou guérissent.

Il est bien difficile de ne pas soupçonner dans ce fait une influence climatique.

Quel est donc le climat de l'Egypte ?

En chiffres simples, le 30° de latitude passe par le Caire et Suez, le 30° de longitude est de Paris, par le Canal de Suez. Les villes d'Alexandrie et Port-Saïd (celle-ci considérée par plusieurs médecins comme néfaste dans les cas d'asthme) sont classées ensemble comme villes de la côte (influence maritime), Le Caire et Ismaïlia comme villes du delta (influence du Nil), Héliouan, à trente km. au sud du Caire, comme station désert.

L'aspect de l'Egypte, aux regards du simple voyageur, est le résultat de la lutte du désert et des eaux du Nil ; où s'arrête l'irrigation commence le désert. On peut donc le présumer, et ceci a été confirmé par les études qui en ont été faites, le climat de l'Egypte est un climat de désert, modifié par la présence du Nil ou le bord de la mer.

C'est un climat chaud. La température moyenne est de $+ 15^{\circ} + 25^{\circ}$ et la température extrême $+ 3 + 38^{\circ}$ (au Caire).

Dans les trois villes d'où nous avons eu des renseignements, le passage d'une branche du Nil ou le bord de la mer entretiennent une certaine humidité.

Ismailia dans certains quartiers, Port-Saïd bien davantage, et surtout Le Caire vu en janvier, nous ont paru très poussiéreuses ; le vent y soulève la poussière en tourbillons et il est impossible de n'en pas recevoir dans les yeux et de n'en pas respirer. Le fait a d'ailleurs été noté par Burnand (in traité « Piéry »), qui déconseille d'amener les malades dans la ville.

Les écarts de température sont importants au cours des 24 heures. Les vents régnants viennent du N. et N.-O. de novembre à mars ; en avril paraissent des vents S. et S.-O., le Khamsin, accompagnés de fortes dépressions barométriques et hygrométriques.

Que savons-nous de l'action de ces différents facteurs de climat ?

La chaleur sèche augmente la lutte pour la perte de chaleur du corps, augmente le vaso dilatation périphérique. Elle est accusée de fatiguer le foie, de diminuer la sécrétion gastrique, de ralentir les fonctions digestives, de prédisposer aux diarrhées, même sans infection spécifique.

La chaleur humide diminue l'appétit, rend les digestions paresseuses, ralentit l'activité musculaire. Elle provoque chez les nerveux et les asthmatiques, de l'oppression, de l'angoisse, de la dyspnée.

Les variations brusques de la température (chute) diminueraient la réserve alcaline sanguine, ralentiraient le rôle défensif de certains épithéliums et des cellules phagocytaires. Or les affections respiratoires sont très fréquentes en Egypte (« l'Egypte est le pays des bronchites » — Burnand); leur action favorisante sur l'asthme s'ajoute à celle des autres facteurs.

Les variations brusques de pression atmosphérique provoquent des algies, migraines, fatigue, gêne précordiale; elles atteignent surtout les nerveux, les asthmatiques. « Chez certains sujets, l'équilibre acido-basique est rompu lorsque la pression atmosphérique se modifie ».

Des crises d'asthme auraient été provoquées expérimentalement en faisant varier l'équilibre électrique de l'atmosphère respirée.

Le vent du midi provoque des crises chez les asthmatiques et les rhumatisants.

« Les poussières siliceuses du sol emportées par le vent sont nocives pour les tousseurs chroniques » et le Docteur Burnand d'Hélouan aurait « vu en trois ans plus d'asthmatiques et de catarrheux chroniques natifs du pays qu'en de longues années en Suisse ».

Les modifications apportées par le séjour en Egypte aux différents éléments de la formule sanguine et à la pression artérielle ont été étudiées. Lorsqu'on réunit ces données, il est assez curieux de constater que les modifications tendent à rapprocher la formule normale de la crise hémoclasique.

En effet, le nombre des globules rouges, chez les européens, augmenterait lentement avec le séjour

(ce qui a pour conséquence de diminuer la proportion G.B./G.R.) ; le nombre total des globules blancs ne change pas, mais il y a diminution légère des leucocytes et augmentation des lymphocytes et des éosinophiles. Il y a diminution nette de la pression artérielle chez les européens et la pression est basse chez les indigènes.

Dans les notes qui précèdent les variations de l'équilibre acido-basique ont été signalées deux fois ; on sait que ce déséquilibre a été reconnu fréquent dans l'eczéma, l'urticaire et l'œdème de Quinke.

Le rôle de l'alimentation dans ces maladies ne diffère pas de ce qui est connu dans les autres pays. Il est remarquable qu'indigènes et européens sont à peu près également atteints bien que l'alimentation indigène comporte une plus grande proportion de végétaux.

Le ralentissement des fonctions digestives est une cause répétée de désordres en favorisant la digestion incomplète d'aliments auxquels il est déjà difficile d'assurer une conservation parfaite.

Les diarrhées sont un incident commun même chez des personnes dont l'état reste satisfaisant ; les douleurs vésiculaires sont fréquemment rencontrées. L'intestin irrité résorbe plus facilement des produits imparfaits ; le foie qui participe au manque d'activité de l'appareil digestif, se trouve en face d'une charge supplémentaire ; peu à peu il se montre insuffisant à sa tâche, il laisse filtrer dans l'organisme des substances qui nécessiteront une nouvelle intervention du régulateur végétatif. La production et la résorption

anormales d'histamine ont été accusées dans certains œdèmes de Quincke, urticaires et asthme.

Le système régulateur végétatif, sollicité de plus en plus fréquemment doit répondre par une réaction toujours adaptée, de plus en plus rapidement. Cette activité incessante aboutit à une oscillation constante dans la recherche de l'équilibre.

Le système végétatif est-il sensible immédiatement à certains facteurs de climat, ce n'est pas impossible, et cela multiplierait les occasions d'interréaction nerveuses et humorales.

Le nombre et la répétition de ces causes d'instabilité pourrait expliquer qu'en ce pays font des crises des personnes qui n'en auraient point fait ailleurs, ou que celles qui étaient moins malade y soient aggravées.

On peut penser que l'action d'un climat doit vraisemblablement dépasser le cadre de l'anaphylaxie. Il se trouve en effet que l'hypothèse d'une influence climatique en Egypte n'est pas propre aux maladies anaphylactiques, et on retrouve là encore des perturbations humorales et neuro-végétatives.

Dès le début de notre séjour, plusieurs médecins nous signalaient la prédominance en ce pays des affections communes à l'occident et à l'orient où le terrain passe au premier plan (troubles des métabolismes et troubles endocriniens : diabète, Basedow ; troubles du système neurovégétatif : tachycardie, angine de poitrine, hypotonie soudaine, émotivité, etc.) à leur sujet la question du climat avait déjà été posée par ces médecins.

En ce qui nous concerne, des données climatologiques que nous avons pu recueillir, malheureusement brèves et quelque peu abstraites, aucune ne s'oppose à l'hypothèse d'une influence climatique, au contraire ; mais elles la laissent possible, vraisemblable et s'arrêtent là.

Pour conclure plus fermement, il faudrait pouvoir se rapporter à une étude détaillée qui demande du temps, une installation et un personnel spécialisés, en différents points du pays.

C'est du groupement et de la confrontation d'observations datées, météorologiques, géologiques, médicales, qu'on doit attendre... et espérer une conclusion plus ferme.

CONCLUSIONS

1. — En Egypte on observe fréquemment des syndrômes que l'on fait entrer dans le cadre des affections anaphylactiques.

2. — Ces maladies peuvent se présenter en Egypte sous toutes les formes connues.

3. — On découvre des épines irritatives.

4. — Il existe comme dans les autres pays, des cas où les crises (d'asthme en particulier) n'apparaissent que dans certaines localités pour chaque sujet.

5. — Il existe un certain nombre de cas où l'arrivée et le séjour en Egypte ont déclenché et entretenu les accidents tandis que le départ pour l'Europe les faisait disparaître.

6. — Il semblerait que le climat égyptien favorise la tendance à l'anaphylaxie en altérant les fonctions hépatiques, en perturbant l'équilibre du système vago-sympathique.

7. — Les éléments nocifs du climat ne sont pas encore suffisamment analysés ; rôle de la température, du vent, du régime hygrométrique, etc., il appartient à l'avenir de le démontrer.

Vu :
Nancy, le 23 Juin 1938.
Le Président de Thèse,
DE LAVERGNE

Vu et approuvé :
Nancy, le 24 Juin 1938.
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 25 Juin 1938.
Pour le Recteur,
le Doyen délégué,
R. CORNUBERT.

BIBLIOGRAPHIE

Des motifs d'ordre personnel nous ayant obligé à quitter l'Egypte rapidement, nous n'avons pu ni demander de renseignements d'ordre climatologique au Caire, ni faire de recherches bibliographiques sur place.

Nous nous en excusons, d'une part auprès des auteurs qui nous sont restés inconnus, d'autre part auprès de ceux qui auraient désiré trouver ici les documents particuliers à l'Egypte plus nombreux.

Dans l'ensemble, les travaux cités ici rapportent des cas analogues aux nôtres, mais non en Egypte, ou traitent de Climatologie en général.

Pasteur VALLERY-RADOT. — Ce qu'on entend en médecine par anaphylaxie. *Presse Médicale*, 5 juillet 1930.

DE LAVERGNE. — Allergie et anergie en clinique.

Pasteur VALLERY-RADOT et M^{lle} HEIMANN. — Hypersensibilités spécifiques dans les affections cutanées.

PERRIN et CUÉNOT. — A propos de treize observations nouvelles d'hypersensibilité au venin d'abeilles. *Revue médicale de l'Est*, 1^{er} nov. 1932.

- ROCH. — Les piqures d'hyménoptères au point de vue clinique et Thérapeutique. *Revue Méd. de la Suisse romande*, n° 14, 10 nov. 1926.
- MANTOUX. — Choc par piqûres de guêpes chez un tuberculeux. *Pr. Méd.*, 29 fév. 1928, p. 259.
- MORENAS et REY. — Réactions secondaires et anaphylaxie expérimentale à la suite de piqûres d'hyménoptères. *Presse Médicale*, 14 août 1935, p. 1.289.
- URBACH. — Signes et traitement des manifestations allergiques du tube digestif et des voies biliaires. *Presse Médicale*, 5 juin 1935, supp. 116.
- Société de Dermatologie, séance du 10-1-35. *Presse Médicale*, 9 fév. 1935.
- Congrès de Dermatologie, Strasbourg, juillet 1923. Compte-rendu in *Pr. Méd.*, 15 août 1923.
- Congrès de l'Asthme, 1932.
- SIMONIN et GUILLEMIN. — Crises d'asthme subintrantes. *Revue Méd. de Nancy*, 15 fév. 1937.
- DANIEL. — Les modes de début de l'asthme. Thèse Paris, 1933.
- JACQUELIN et CHAIT. — L'asthme et le nez. *Presse Médicale*, 11 avril 1936.
- GALUP. — L'asthme séquelle d'affections respiratoires aiguës. *Paris Médical*, 31 juillet 1937.
- MAURIAC. — Crises d'asthme et abcès de fixation. *Presse Méd.*, 29 sept. 1934.
- Pasteur VALLERÿ-RADOT. — Le rôle des germes microbiens dans l'asthme. *Presse Méd.*, 15 mars 1936, p. 449.
- VERNET. — La sensibilisation anaphylactique. Asthme et Coryza spasmodique.

- Pasteur VALLERY-RADOT, P. BLAMOUTIER, Justin BEZANÇON. — Le coryza spasmodique, équivalent de l'asthme. *Presse Méd.*, 19 mai 1928.
- Pasteur VALLERY-RADOT, BLAMOUTIER et P. THIROLOIX. — La toux spasmodique équivalent de l'asthme. *Presse Méd.*, 3 nov. 1928.
- FERRABOUC et JUDE. — Urticaire, œdème de Quincke, arthalgies et ictère. Soc. de Méd. des Hôpitaux, 12 avril 1935, in *Pr. Méd.*, p. 633.
- URBACH et WILDER. — Etat allergique pouvant entraîner un syndrome de Menière. *Pr. Méd.*, 20 fév. 1935, sup. 50.
- JOLTRAIN. — A propos des œdèmes circonscrits d'ordre anaphylactique. Maladie de Quincke. *Journal de Médecine de Paris*, 26 oct. 1933.
- FINCK et GAY. — Revue critique de 170 cas d'urticaire et d'œdème angioneurotique suivis pendant une période de 10 ans. *Bull. of the John Hopkins Hospital*, in *Pr. Méd.*, 20 mars 1935, sup. 71.
- JOLTRAIN. — Les urticaires. *Gaz. des Hôpitaux*, 14 mars 1936.
- SPILLMANN et DE LAVERGNE. — L'anaphylaxie au vin blanc. *Pr. Méd.*, 10 octobre 1925.
- ERRERA. — Contribution à l'étude de la nature allergique de l'eczéma du nourrisson. Thèse, Paris, 1934.
- PEHU et AULAGNIER. — L'eczéma du nourrisson.
- SEZARY. — Eczéma du nourrisson. *Pr. Méd.*, 17 oct. 1934, p. 1.619.
- GUTMAN, A. TZANK et J. ARNOUS. — Les intolérances coliques. *Pr. Méd.*, 17 oct. 1934, p. 1.619.
- GUTMAN. — Les intolérances digestives à type d'anaphylaxie. *Pr. Méd.*, 5 nov. 1932.

URBACH. — Signes et traitement des manifestations allergiques du tube digestif et des voies biliaires. *Pr. Méd.*, 5 juin 1935, sup. 116.

Progrès Médical, 30 janv. 1937, Histamine.

SPILLMANN. — Importance de l'équilibre acidobasique en dermatologie. *Revue Méd. de l'Est*, 1931, p. 1.

Pasteur VALLERY-RADOT, BLAMOUTIER, CLAUDE et LAVENDAN DE CASAUBON. — Rôle de l'équilibre acido-basique dans certains eczémas et certaines urticaires. Un cas de provocation à volonté d'urticaire ou d'asthme par modification de l'équilibre acido-basique. Soc. de Méd. des Hôpitaux, 5 mars 1937. Analyse in *Pr. Méd.*, 10 mars 1937.

LAGRANGE. — Recherches sur la pathogénie de la Conjonctivite printanière. *Bulletin de l'Académie de Médecine* du 4 janv. 1938.

F. MAXWELL LYONS. — Sur la pathogénie de la conjonctivite printanière. Rapport annuel du Mémorial Ophthalmic Laboratory, Giza, Le Caire, 1936.

LAGRANGE. — Le rôle de l'allergie dans les conjonctivites. *Annales d'oculistique*, 1936, p. 487.

MEYERHOF. — Sur le catarrhe printanier avec trachome et le catarrhe printanier familial.

PIÉRY. — Traite de climatologie biologique et médicale.

BAUDOIN. — Les éléments des climats au point de vue médical. *Pr. Thermale et Climatique*, 1^{er} juillet 1932.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Introduction à l'étude des relations du sympathique et des climats. *Biologie médicale*, 1928, n° 5.

PAGNIEZ. — Asthme, climat et habitation. *Pr. Méd.*, 31 juillet 1926.

A. MISSENARD. — L'homme et le climat.

CHABROL. — Les cures climatiques des coloniaux. *Gaz. Méd. de France*, 1^{er} nov. 1935.

AIMES. — Météoropathologie.

SPILLMANN. — Réactions de l'organisme humain aux variations de la pression barométrique. *Revue Méd. de l'Est*, 1931, p. 717.

LAURENT. — Géographie médicale.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
ETUDE CLINIQUE	19
ETIOLOGIE	60
PATHOGÉNIE	62
EN QUOI L'EGYPTE FAVORISERAIT-ELLE L'ANAPHY- LAXIE ?	63
CONCLUSIONS	71
BIBLIOGRAPHIE.	73
